

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення
УДК 616.88-008.454
DOI 10.11603/1811-2471.2020.v.i1.11068

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ДЕПРЕСІЄЮ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ (за досвідом Словенії та Хорватії)

©Л. С. Бабінець, Ю. Я. Коцаба

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

РЕЗЮМЕ. У практиці лікаря загальної практики (сімейного лікаря) з двома тисячами зареєстрованих пацієнтів, за середньоєвропейським показником поширеності депресії – 5 %, маємо справу з приблизно 100 пацієнтами (70 жінок і 30 чоловіків), яким свого часу було діагностовано депресію. Щороку двох пацієнтів госпіталізують через депресію, а через день один пацієнт здійснює самогубство.

Мета – проаналізувати основні ключові аспекти ведення пацієнта з депресією в практиці первинної медичної допомоги (ПМД).

Обговорення. Депресія – одна з найбільших проблем охорони здоров'я. Шляхами вирішення проблеми боротьби з цим захворюванням є запровадження доброї просвіти, відповідного ведення депресивних пацієнтів, а також реалістичні очікування від терапії, враховуючи, що лише у 20 % пацієнтів спостерігається лише один епізод депресії, а 30 % пацієнтів не реагують на терапію. Хороші стосунки сімейного лікаря і пацієнта особливо важливі при лікуванні хворих на депресію. Формування ставлення пацієнта до хвороби залежить від правильної оцінки лікарем стану хворого. Необхідне чітке вміння використовувати у практиці ПМД різні інструменти скринінгу депресії: Шкалу депресії Бека (BDI), Шкалу депресії самооцінки Зунга (SDS), Шкалу геріатричної депресії, Шкалу оцінки депресії Гамільтона (HAM-D).

Висновки. При наявності симптомів тривоги депресію потрібно лікувати. У пацієнтів з депресією ризик самогубства у чотири рази більший, ніж у загальній популяції, вона погіршує фізичне здоров'я і загальну якість життя. Це співвідноситься з підвищеним ризиком ішемічної хвороби серця, інсульту, больових синдромів, зловживання алкоголем, з курінням і вживанням нелегальних наркотиків. Це й визначає актуальність проблеми депресії на етапі первинної медичної допомоги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: депресія; ведення пацієнта; шкали депресії; антидепресанти; психосоціальне втручання.

Вступ. У практиці лікаря загальної практики (сімейного лікаря) з двома тисячами зареєстрованих пацієнтів, за середньоєвропейським показником поширеності депресії – 5 %, маємо справу з приблизно 100 пацієнтами (70 жінок і 30 чоловіків), яким свого часу було діагностовано депресію. Також є 100 пацієнтів, яким ніколи не було діагностовано депресію і які ніколи не лікувалися від цього захворювання [2, 10]. Щороку двох пацієнтів госпіталізують через депресію, а через день один пацієнт здійснює самогубство. За даними ВООЗ, у 2025 р. депресія стане першою причиною втрати працездатності через хворобу за показником DALY (включає роки, втрачені через ранню смерть та інвалідність) [12].

Депресія – одна з найбільших проблем охорони здоров'я. Шляхами вирішення цієї проблеми є запровадження доброї просвіти, відповідного ведення пацієнтів з цим захворюванням, а також реалістичні очікування від терапії, оскільки лише у 20 % пацієнтів спостерігається тільки один епізод депресії, а 30 % пацієнтів не реагують на терапію. Тому глибше вивчення проблеми депресії в амбулаторній практиці є актуальним [1, 7].

Мета – проаналізувати основні ключові аспекти ведення пацієнта з депресією в практиці первинної медичної допомоги (ПМД).

Основна частина. Депресія – гетерогенне і поширене захворювання, яке характеризується значним пригніченням настрою та / або недостатнім рівнем задоволеності у більшості видів діяльності. Зниження настрою можна охарактеризувати як смуток, відчуття порожнечі або розчарування. Тяжкість захворювання визначається кількістю симптомів та їх тяжкістю [5].

Найпоширенішою гіпотезою про причини депресивного розладу є парадигма «діатез-стрес». Генетична схильність і соматичні розлади (біологічна схильність) і поведінково створена модель (психосоціальна схильність) можуть вважатися діатезом. Тригером стресу може бути психотравматична або біологічна подія (наприклад, пошкодження судин головного мозку, пухлина). Депресія може виникнути у кожній людини, незалежно від статі, раси, економічного стану чи освіти [1, 9].

Депресивні епізоди часто починаються після негативної життєвої події, і вони часто діагностуються в сімейній медицині. Найважливішими факторами ризику депресії є ранні епізоди депресії, депресивні проблеми у близьких родичів, жіноча стать, вік від 18 до 30 років, а також середній вік, супутнє хронічне соматичне захворювання, низький соціально-економічний статус, розлучення, вдівство або стан самотності, безробіття, зловживання алкоголем і нелегальними речовинами [3].

Депресія – один із найпоширеніших психічних розладів. Середня поширеність депресії в Європі становить майже 5 %, а у світі – близько 10 %. Виходячи зі стандартних статистичних даних, зібраних Хорватським інститутом охорони здоров'я з обов'язкових щорічних звітів, що подаються закладами ПМД, психічні розлади займають 10 місце (3,8 %) за загальною захворюваністю на етапі ПМД. Депресія належить до групи «Інші психічні та поведінкові розлади», складаючи 19 % серед психічних захворювань. Немає точних даних про поширеність депресії в Хорватії, але дослідження виявили 2,3 % поширеності депресії в місті Загреб [6, 10].

За даними ВООЗ за 2008 р., депресія посіла четверте місце серед причин втрати працездатності через хворобу, яка, як очікується, посяде друге місце до 2020 р. Недієздатність через хворобу вимірюється одиницями DALY (Інвалідність, виражена роками життя, які втрачені через ранню смерть або нездатність продуктивно жити і працювати через хворобу) [7].

Депресія – це серйозне захворювання з великими психологічними стражданнями і найвищим рівнем самогубств серед психічно хворих пацієнтів – до 20 %. Щороку близько 850 тис. людей у світі гинуть від самогубств. Депресія – це рецидивна хвороба, і тільки 20 % пацієнтів мають лише один депресивний епізод у своєму житті [2, 8].

У типовому епізоді легкої, помірної чи великої депресії пацієнт страждає через низький настрій, нестачу енергії та знижену здатність до повсякденної діяльності. Вона/він не задоволений жодною

діяльністю, нічим у житті не насолоджується, втрачає інтерес і концентрацію. Часто визначається сильна втома після мінімальних зусиль. Спільною рисою є порушення сну та травлення. Самосвідомість і почуття власної самооцінки майже завжди знаходяться на низькому рівні, і навіть при легкій депресії часто виникає почуття провини і нікчемності. Чим глибша депресія, тим більше думок, планування і спроб самогубства. Низький настрій не сильно змінюється протягом тривалого часу і протягом дня, не залежить від зовнішніх обставин і може супроводжуватися «соматичними» симптомами, такими як втрата інтересу до людей і речей в оточенні, або емоційними спадами. Пацієнт прокидається вранці задовго до звичного часу. Депресія найглибша вранці, супроводжується уповільненням психомоторного функціонування або збудженням, зниженням або підвищенням апетиту, підвищенням або зниженням маси тіла (на 5 % маси тіла і більше за останній місяць) і втратою лібідо. Виходячи з кількості і глибини прояву наявних симптомів, депресивні епізоди можна поділити на легкі, помірні та великі, із психотичними елементами або без них [1, 7].

Станом на сьогодні для класифікації депресій використовують дві класифікації. Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) відповідає критеріям ВООЗ. Вона є обов'язковою і невід'ємною частиною медичної документації в Хорватії. Американські критерії містяться в «Посібнику з діагностики та статистики психічних розладів – DSM-IV». Вони застосовуються в більшості досліджень депресії в медичній літературі (табл. 1) [4].

Таблиця 1. Симптоми депресії згідно з МКХ-10 і DSM-IV

МКХ-10	DSM-IV
Депресивний настрій*	Депресивний настрій
Втрата інтересу і відчуття задоволення в багатьох видах діяльності	Втрата інтересу і відчуття задоволення в багатьох видах діяльності
Втрата енергії	Слабкість або втрата енергії
Ослаблення апетиту	Втрата маси тіла (до 5 % в місяць)
Безсоння	Безсоння або сонливість
Почуття нікчемності чи провини	Почуття нікчемності чи провини
Зниження концентрації	Зниження концентрації або зниження здатності приймати рішення
Думки про самогубство	Часті думки про смерть або планування спроби суїциду
Песимістичні думки	Повільне психомоторне функціонування або збудження
Зниження впевненості у собі або самосвідомості	

Примітка. * – Типові симптоми виділено жирним шрифтом.

Принаймні два з трьох типових симптомів необхідні для встановлення діагнозу легкого або помірної депресивного епізоду згідно з МКХ-10: зниження настрою, втрата інтересу, почуття радості і задоволення, а також втрата енергії. Всі

три типові симптоми необхідні для встановлення діагнозу великої депресії, тоді як двох з них достатньо для діагностики легкої депресії. Чотири із семи інших поширених симптомів депресії необхідні для діагностики великої депресії (табл. 1),

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

тоді як три з них є достатніми для діагностики помірної депресії. Відповідно до DSM-IV, наявність одного з двох типових симптомів є обов'язковою для діагностики депресії: депресивний настрій та / або втрата інтересу плюс чотири з семи інших поширених симптомів депресії (табл. 2) [4, 12].

Таблиця 2. Категорії депресії за ступенем тяжкості (МКХ-10)

Симптоми	Депресія			
	легка	помірна	велика	велика з психотичними симптомами
	F 32.0	F 32.1	F 32.2	F 32.3
Типові 1) депресивний настрій 2) втрата інтересу і відчуття задоволення 3) втрата енергії			Три ствердних відповіді	Три ствердних відповіді
Інші 1) зниження концентрації і фокусування 2) відсутність впевненості в собі та знижена самооцінка 3) почуття провини і нікчемності 4) похмурий і песимістичний погляд на майбутнє 5) ідеї щодо планування самогубства 6) розлади сну 7) знижений апетит	Дві ствердні відповіді	Три ствердних відповіді	Дві ствердні відповіді	Дві ствердні відповіді
Психотичні симптоми			Наявні	

Симптоми повинні бути наявними принаймні два тижні, кожен із симптомів повинен виявлятися більшу частину дня, а їх інтенсивність зумовлює порушення виконання звичайної роботи та соціального функціонування.

Говорячи про депресивні розлади згідно із МКХ-10, ми зазвичай думаємо про депресивний епізод у межах великого депресивного розладу: першого епізоду депресії (F32) та періодичного депресивного розладу (F33). У цих двох діагностичних групах існує класифікація з поділом на легку, середню, велику депресію та велику депресію з психотичними елементами. Тому позначення чотирьох ознак є обов'язковим (0, 1, 2, 3) у класифікації МКХ-10 (наприклад, F32.0 позначає перший епізод депресії легкої інтенсивності) [1, 4, 9].

Верифікація депресії починається з правильно організованого клінічного інтерв'ю, що є найефективнішим методом діагностики цього розладу. Відкрита і довірлива атмосфера, відсутність поспіху є дуже важливими. Для розпізнавання депресії можна використовувати різні класифікації. Суттєвих відмінностей між ними немає.

Важливими елементами діагностичного інтерв'ю є такі:

1) наскільки проявляються симптоми та їх тривалість (не лише кількість симптомів);

2) наявність інших психічних розладів і реакцій на лікування;

3) періоди депресії, що чергуються з періодами надмірного піднесення (біполярного розладу);

4) наявність суїцидальних думок, планування та спроб самогубства;

5) ретельний особистий і сімейний клінічний анамнез; 6) найважливішим є налагоджене довірливе спілкування між сімейним лікарем, пацієнтом та його найближчою родиною.

Мета лікування – повне усунення симптомів і запобігання рецидиву. Досвід показує, що на практиці депресія рецидивує у 80 % випадків, а 30 % пацієнтів взагалі не реагують на терапію, наприклад, незважаючи на застосування принаймні трьох різних антидепресантів досить довго й у відповідному дозуванні [3, 12].

Хороші стосунки сімейного лікаря і пацієнта особливо важливі при лікуванні хворих на депресію. Формування ставлення пацієнта до хвороби буде залежати від правильної оцінки лікарем стану хворого. Депресивним пацієнтам можуть бути притаманні два види ставлення до захворювання. Пацієнт може вважати початок лікування доказом власної нікчемності, оскільки в нашій культурі хворі зазвичай відчують свою провину через те, що вони депресивні; отже, терапевт повинен переконати пацієнта, що він розуміє його і що те-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

рапія не є ознакою невдачі, а початком одужання. Інший тип пацієнтів – це ті, хто починає терапію з невинуватеною надією, що почуття смутку і відчаю назавжди зникне.

Серед загальних заходів для пацієнтів з депресією важливе місце мають поради щодо гігієни сну. Їм потрібно лягати спати щовечора в один і той же час, і це правило стосується також їх вставання вранці. Перед сном слід уникати занадто великих прийомів їжі, куріння та вживання алкоголю. Спальня хворого на депресію повинна бути відповідною для сну (без шуму і світла, з хорошим матрацом тощо). Їм потрібні регулярні фізичні навантаження.

Лікарі повинні активно спостерігати за людьми, симптоми яких можуть минути без ліків, тих, хто має легку депресію, які не хочуть втручання, а також людей із субклінічними симптомами депресії, які хочуть втручання.

Активне спостереження включає повідомлення про труднощі та проблеми, інформацію про клінічну картину та перебіг депресії. Воно повинно тривати протягом двох тижнів. Лікареві слід звернутися до пацієнта, якщо він не присутній під час спостереження.

Передумовами психосоціального втручання є хороші стосунки між сімейним лікарем і пацієнтом, постійний і всебічний догляд за хворим, а також знання щодо психосоціальних факторів у сім'ї та на робочому місці. Залежно від тяжкості депресії, освіти та вимог пацієнта сімейний лікар може використовувати один із психотерапевтичних методів втручання.

Комбінація антидепресантів і психосоціального втручання рекомендується пацієнтам з помірною або великою депресією [1].

Важливо чітко враховувати фактори, що визначають необхідність екстреного прийому пацієнта до психіатричної клініки: активні суїцидальні думки та плани, психотичні симптоми, психомоторне збудження з важкими симптомами депресії, явна зневага і автодеструкція пацієнта.

Вирішення питання про виправдання примусової госпіталізації у разі психічних розладів є однією з найбільш стресових ситуацій для лікаря. Цей захід рідко необхідний – для безпеки пацієнта, людей навколо нього та майна. Закон про захист осіб із психічними відхиленнями від 1997 р. (Хорватія) визначає причини та методи примусової госпіталізації. Стаття 22 цього Закону говорить: «Особа з важкими психічними вадами, яка через інвалідність серйозно і безпосередньо загрожує або власному життю, здоров'ю, чи безпеці, або життю, здоров'ю чи безпеці інших людей, може бути поміщена у психіатричну установу без її згоди після процедури примусового тримання

під вартою та примусового тримання, встановленого цим Законом» (Офіційний вісник 11/97). Вищезазначений Закон визначає спосіб примусової госпіталізації. Пацієнта можна затримати в психіатричному закладі до 72 годин, і після цього, якщо психіатр вважає необхідною подальшу госпіталізацію, йому необхідно протягом 12 годин направити запит із відповідною медичною документацією до суду. Суд повинен прийняти рішення щодо обґрунтованості запиту і тривалості примусової госпіталізації протягом 7 днів [7, 11].

Якщо депресія супроводжується симптомами тривоги, її потрібно лікувати. Ризик самогубства у пацієнтів з депресією в чотири рази більший, ніж у загальній популяції. Депресія погіршує фізичне здоров'я і загальну якість життя. Це співвідноситься з підвищеним ризиком ішемічної хвороби серця, інсульту, больових синдромів, зловживання алкоголем, з курінням і вживанням нелегальних наркотиків [8].

Первинна профілактика. Перший інструмент для прогнозування ризику депресії в наступні 12 місяців був розроблений на основі досліджень PREDICT-D, проведених у Європі та Південній Америці у 2008 р. Анкету можна заповнити через Інтернет, вона ґрунтується на принципах, аналогічних інструментам, що прогнозують ризик серцево-судинних інцидентів. Факторами ризику депресії є старший вік, жіноча стать, низький рівень освіти, попередній епізод депресії, психічні проблеми в сімейному клінічному анамнезі, погане фізичне здоров'я за шкалою SF-12, проблеми на роботі, незалежно від того, оплачувана вона чи добровільна, а також наявність особистого досвіду дискримінації [1, 8].

Скринінг. Можливість депресії необхідно враховувати у всіх групах пацієнтів. Особи, що мають особливий ризик – це люди, в яких у минулому була депресія, а також пацієнти з хронічними соматичними захворюваннями, пов'язаними з функціональними обмеженнями (наприклад, ті, хто має знижену фізичну здатність після інфаркту міокарда). Кожному пацієнту, в якого підозрюється наявність депресії, ставлять два питання:

1. Протягом останнього місяця (або довше) Ви відчували смуток, порожнечу або відчуття зламаності більшу частину дня майже щодня протягом принаймні двох тижнів?

2. Протягом останнього місяця (або довше) Вас часто турбувала втрата інтересу до більшості речей, наприклад, роботи, улюблених тем розмови чи інших заходів, які Ви любили раніше, принаймні два тижні?

Ці питання дуже чутливі. Позитивна відповідь хоча б на одне з них є необхідною умовою діагностики депресії. Специфічність становить при-

близько 60 %. Існує кілька різних інструментів для скринінгу депресії. Більшість анкет можуть заповнюватися самими пацієнтами. Найпоширенішими є Шкала депресії Бека (BDI), Шкала депресії самооцінки Зунга (SDS), Шкала геріатричної депресії, Шкала оцінки депресії Гамільтона (HAM-D) [3, 9].

Близько 50 % випадків депресії залишаються поза увагою сімейних лікарів. Легкі депресії займають більшу частку серед нерозпізнаних депресій. Чим сильніша депресія, тим більша ймовірність, що її розпізнає сімейний лікар.

Вторинна профілактика. Попередній епізод депресії є фактором ризику виникнення нового епізоду. Тому потрібно бути дуже чутливими до зниження настрою у пацієнтів, які мають депресію в особистому клінічному анамнезі. Необхідно розглянути питання щодо постійної профілактичної терапії антидепресантами у майбутньому з метою запобігання рецидивам захворювання у пацієнта, в якого було три епізоди депресії [8].

Висновок. Депресія – одна з найбільших проблем охорони здоров'я. Шляхами вирішення цієї проблеми є запровадження доброї просвіти, відповідного ведення депресивних пацієнтів, а також реалістичні очікування від терапії, враховуючи, що тільки у 20 % пацієнтів спостерігається лише один епізод депресії, а 30 % хворих не реагують на терапію. Довірливі стосунки сімейного лікаря і пацієнта особливо важливі при лікуванні хворих із депресією. Формування ставлення пацієнта до хвороби залежить від правильного оцінювання лікарем стану хворого. Необхідне чітке вміння використовувати у практиці ПМД різні інструменти скринінгу депресії: Шкалу депресії Бека (BDI), Шкалу самооцінки депресії Зунга (SDS), Шкалу геріатричної депресії, Шкалу оцінки депресії Гамільтона (HAM-D).

У перспективі є актуальним засвоєння практики призначення лікарем загальної практики – сімейним лікарем психотропної терапії пацієнтам із депресією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / за ред. проф. Ю. М. Мостового. – 26-те вид., змін. – К. : Центр ДЗК, 2019. – 792 с.
2. Bencaric L. Registar lijekova u Hrvatskoj (Controlled Drug Register in Croatia) / L. Bencaric. – 53 ed. – Zagreb : Udruga poslodavaca u zdravstvu, 2011. – 339 s.
3. Depression in adults: NICE guidance. – URL : <http://guidance.nice.org.uk/CG90/NICEGuidance/doc/English>.
4. ICD-10. Medunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (International Classification of Diseases and Related Health Problems) – 10 revision. Volume 1. – Zagreb: Medicinska naklada, 1994.
5. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe / M. King, I. Nazareth, G. Levy [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2008. – No. 192. – P. 362–367.
6. Mental health. Depression. Available 1.9.2011 URL : http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

7. Milica Katic Family medicine / Milica Katic, Igor Svab. – Izdavač: Medicinska naklada, Zagreb. – 2017. – No. 512. – P. 53–68.
8. Predict depression. Available 1.9.2011 at: 11. <http://www.ucl.ac.uk/predict-depression/>
9. Rifel J. Depresija. U: Svab I, Rotar-Pavlic D. Druzijska medicina (Family Medicine). – Ljubljana : Zdruzenje zdravnikov druzinske medicine, 2012. – No. 9–16. – P. 91–100.
10. Stojanovic-Spehar S. Prevalencija depresija i komorbiditet odrasle populacije grada Zagreba (Depression Prevalence and Comorbidity in Adult Population of the City of Zagreb) [doctoral thesis]. – S Stojanovic-Spehar. – Rijeka; Sveuciliste u Rijeci, 2010.
11. Zakon o zastiti osoba s dusevnim smetnjama (Act on the Protection of Persons with Mental Disorders) NN/ National Gazette 11/97 available at <http://www.zakon.hr/z/181/Zakon-o-zastiti-osoba-s-dusevnim-smetnjama>.
12. World Health Organization 2008, The Global Burden of Disease. 2004 update. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease_GBD_report_2004update_full.pdf.

REFERENCES

1. Mostovyi, Y.M. (Ed.). (2019). *Suchasni klasyfikatsii ta standarty likuvannia zakhvoriuvan vnutrishnikh orhaniv. Nevidkladni stany v terapii. Analizy: normatyvni pokaznyky, traktuvannia zmin* [Modern classifications and standards of treatment of diseases of internal organs. Emergency conditions in therapy. Analyzes: regulatory indicators, interpretation of changes]. Kyiv: Tsentr DZK [in Ukrainian].

2. Bencaric, L. (2011). *Registar lijekova u Hrvatskoj [Controlled Drug Register in Croatia]*. 53 ed., Zagreb: Udruga poslodavaca u zdravstvu.
3. Depression in adults: NICE guidance. available 1.9.2011. Retrieved from: <http://guidance.nice.org.uk/CG90/NICEGuidance/doc/English>.
4. ICD-10. *Medunarodna klasifikacija bolesti i srodnih*

- Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення
- zdravstvenih problema*. (1994). 10 revision. Volume 1. Zagreb: Medicinska naklada.
5. King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S. et al. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br. J. Psychiatry*, 192, 362-367.
6. Mental health. Depression. Available 1.9.2011 Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
7. Katic, M., & Svab, I. (2017). *Family medicine*. Publisher: Medicinska naklada, Zagreb.
8. Predict depression. Available 1.9.2011. Retrieved from: 11. <http://www.ucl.ac.uk/predict-depression/>
9. Rifel, J., Schwab, I., & Rotar-Pavlic, D. (2012). Depression. *Family Medicine. Ljubljana: Association of Family Medicine Physicians*, 9-16, 91-100.
10. Stojanovic-Spehar, S. (2010). *Prevalencija depresija i komorbiditet odrasle populacije grada Zagreba*. Rijeka; Sveuciliste u Rijeci.
11. *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama*. NN/ National Gazette 11/97 Retrieved from: <http://www.zakon.hr/z/181/Zakon-o-zaštiti-osoba-s-duševnim-smetnjama>.
12. (2008). *World Health Organization*. The Global Burden of Disease. 2004 update. Retrieved from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease_GBD_report_2004update_full.pdf.

КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА (по опыту Словении и Хорватии)

©Л. С. Бабинец, Ю. Я. Коцаба

Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины

РЕЗЮМЕ. В практике врача общей практики (семейного врача) с двумя тысячами зарегистрированных пациентов, по средневропейскому показателю распространенности депрессии – 5 %, имеем дело с приблизительно 100 пациентами (70 женщин и 30 мужчин), которым в свое время была диагностирована депрессия. Ежегодно двух пациентов госпитализируют из-за депрессии, а через день один пациент совершает самоубийство.

Цель – проанализировать основные ключевые аспекты ведения пациента с депрессией в практике первичной медицинской помощи (ПМП).

Обсуждение. Депрессия – одна из наибольших проблем здравоохранения. Пути решения проблемы борьбы с этим заболеванием является введение хорошего просвещения, соответствующее ведение депрессивных пациентов, а также реалистичные ожидания от терапии, учитывая, что только у 20 % пациентов наблюдается лишь один эпизод депрессии, а 30 % пациентов не реагируют на терапию. Хорошие отношения семейного врача и пациента особенно важны при лечении депрессивных больных. Формирование отношения пациента к болезни зависит от правильной оценки врачом состояния больного. Необходимо четкое умение использовать в практике ПМП различных инструментов скрининга депрессии: Шкалы депрессии Бека (BDI), Шкалы депрессии самооценки Зунга (SDS), Шкалы гериатрической депрессии, Шкалы оценки депрессии Гамильтона (HAM-D).

Выводы. При наличии симптомов тревоги депрессию нужно лечить. Риск самоубийства в четыре раза больше у пациентов с депрессией, чем в общей популяции, она ухудшает физическое здоровье и общее качество жизни. Это соотносится с повышенным риском ишемической болезни сердца, инсульта, болевых синдромов, злоупотребления алкоголем, с курением и употреблением нелегальных наркотиков. Это и определяет актуальность проблемы депрессии на этапе первичной медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: депрессия; ведение пациента; шкалы депрессии; антидепрессанты; психосоциальное вмешательство.

BASIC ASPECTS OF PATIENT MANAGEMENT WITH DEPRESSION IN A FAMILY MEDICINE PRACTICE (based on the experience of Slovenia and Croatia)

©L. S. Babinets, Yu. Ya. Kotsaba

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

SUMMARY. In the practice of a general practitioner (family doctor) with two thousand registered patients according to the average European prevalence of depression – 5 % are dealing with about 100 patients (70 women and 30 men) who have been diagnosed with depression. Each year, two patients are hospitalized for depression, and day about – suicide.

The aim – to analyze the key aspects of managing patients with depression in primary care (PCP) practice.

Discussion. Depression is one of the biggest health problems. Ways of resolving depression are good education, appropriate depression management, and realistic expectations of therapy, given that only 20 % of patients experience only one episode of depression and 30 % of patients do not respond to therapy. Good relationships family doctors with

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення
their patients are especially important in the treatment of depressed patients. The formation of the patient's attitude to the disease depends on the patient's assessment of the patient's condition. There is a need for a clear ability to use depression screening tools in the practice of PMD: the Beck Depression Scale (BDI), the Zung Self-Depression Scale (SDS), the Geriatric Depression Scale, and the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D).

Conclusions. Depression should be treated in the presence of anxiety symptoms. The risk of suicide is four times higher in patients with depression than in the general population. Depression impairs physical health and overall quality of life. This is associated with an increased risk of coronary heart disease, stroke, pain syndromes, alcohol abuse, smoking and illicit drug use. This determines the relevance of the problem of depression at the stage of primary care.

KEY WORDS: depression; patient management; depression scales; antidepressants; psychosocial intervention.

Отримано 12.02.2020